

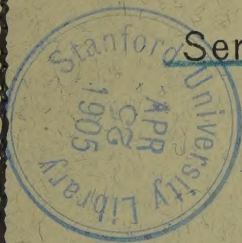
Beitrag
zur
Kasuistik der Kinderpsychosen

Inaugural-Dissertation
zur
Erlangung der Doktorwürde
vorgelegt

der hohen medizinischen Fakultät
der
Universität Basel
von

Serena Buser, med. pract.
aus Gelterkinden.

Suter & Cie., z. „Landschäftler“ — Liestal
1903.



Beitrag

zur

Kasuistik der Kinderpsychosen

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

vorgelegt

der hohen medizinischen Fakultät

der

Universität Basel

von

Serena Buser, med. pract.

aus Gelferkinden.

Beitrag

zur

Kasuistik der Kinderpsychosen.

Die erste Veröffentlichung über Kinderpsychosen stammt nach *Moreau* aus dem Jahre 1755, und zwar von *Tissot*. Jedoch erfuhr dieser Zweig der Psychiatrie erst anfangs des 19. Jahrhunderts eine nähere Berücksichtigung. Der Ausbau der Lehre von den Psychosen im Kindesalter hielt nicht Schritt mit der Erforschung derjenigen Erwachsener.

Dies hat seinen Grund zunächst in der Seltenheit des Kinderirreseins, die von sämtlichen Autoren hervorgehoben wird. Schon *Friedreich* weist 1830 auf diesen Punkt hin, und sucht den Grund hierfür in dem Fehlen psychischer Ursachen des Irreseins in dieser Altersstufe, wie der Anstrengung im Kampf ums Dasein, von Excessen aller Art, ferner in dem bei Kindern selteneren Vorkommen von Erkrankungen des Herzens, des Pfortadersystems und der Sexualorgane, welche nach seiner Meinung bei Erwachsenen die somatischen Hauptursachen der Geisteskrankheiten bilden.

Ähnlich sieht *Broussais* den Hauptgrund dieser Erscheinung in der Einfachheit der kindlichen Psyche; „die Kinder besitzen noch nicht genug Vorstellungskraft und scharf umschriebene Ansichten, auf dass man deren dauernde Störung einer Beobachtung unterziehen könnte“.

Auch die übrigen Autoren sprechen sich in diesem Sinne aus, wie z. B. *Kraepelin*, der die Unvollkommenheit der Entwicklung des kindlichen Seelenlebens hervorhebt, „in dem der

Inhalt des Bewusstseins noch äusserst dürftig, die Verknüpfungen der einzelnen psychischen Vorgänge unvollkommen und die Erinnerungsfähigkeit infolge dessen sehr beschränkt ist“, so dass sich nur wenige Angriffspunkte für geistige Erkrankungen vorfinden.

Ein zweites Hindernis für eine schnellere Entwicklung des uns angehenden Gebietes der Psychiatrie bildet der Umstand, dass eine grosse Zahl dieser schon an und für sich seltenen Krankheitsfälle der Beachtung des Fachmannes entgehen. Wenn es vorkommt, dass schwere geistige Störungen des Erwachsenen vom Laien erst als solche erkannt werden, wenn tiefgreifende Charakterveränderungen oder grobe Vernachlässigungen im Beruf den Defekt an den Tag treten lassen, dass sogar hier der praktische Arzt zuweilen erst spät in der Lage ist, die Diagnose auf Geisteskrankheit zu stellen, um wieviel schwieriger wird die Erkennung der Krankheit bei Kindern sein, bei denen eine verantwortliche Berufstätigkeit, die Pflicht der Familie gegenüber nicht täglich den Prüfstein für ihre geistige Qualität abgibt, bei denen auch eine stärkere gemüthliche Alteration als Folge physiologischer Impressionabilität oder kindlicher Launenhaftigkeit aufgefasst werden kann!

Erst wenn die Erkrankung ernsterer Natur ist, wenn der Aufenthalt in der Familie unmöglich wird, kommen die psychiatrischen Kliniken in Betracht, ist eine für die Wissenschaft verwertbare Beobachtung möglich.

Ferner überwiegen unter den Geisteskrankheiten des Kindesalters die Defektzustände so sehr, dass andersartige psychische Erkrankungen, in der grossen Masse jener, leicht übersehen werden. So finden sich diese Defektzustände nach *Falk* bereits in den Schriften der alten Klassiker erwähnt, während andere Geisteskrankheiten bei Kindern, wie es scheint, in jener Zeit völlig der Beobachtung entgangen sind.

Auch akute Psychosen, die schnell in Dementia ausgehen, dürften vielfach innerhalb der Familie ablaufen, und somit ziemlich sicher für die Wissenschaft, wahrscheinlich auch für die Statistik verloren sein.

Trotz der im Wesen des Kindes begründeten Seltenheit geistiger Erkrankung werden daher in Wirklichkeit Kinderpsychosen häufiger sein, als es nach der Zahl der Veröffentlichungen über diesen Gegenstand scheint.

Die Angaben über ihre Häufigkeit haben also nur relativen Wert. *Hagen* rechnet auf 10,685 Geisteskranke 1 geisteskrankes Kind, lässt jedoch die angeborenen Defektzustände ausser Betracht. *Spitzka* (*Sachs* S. 502) nimmt an, dass unter 3044 Fällen von Geisteskrankheiten bei Erwachsenen sich 4 % mit Erkrankungen befinden, die im Kindesalter begonnen haben.

Thurnam (*Schüle* S. 210) fand unter 21,333 Geisteskranken 8 Fälle unter 10 Jahren, 1161 zwischen 10 und 20 Jahren. Nach *Emminghaus* ist die Frage nach der Häufigkeit kindlicher Psychosen eine ungelöste, obwohl er den Wert der Irrenstatistik von *Oldendorff* anerkennt.

Tabelle nach Oldendorff.

Altersgruppen	Blödsinnsquote auf 10,000	Irrsinnsquote auf 10,000
1.— 5.Lebensjahr	1. 02	0. 18
6.—10. „	6. 62	0. 69
11.—15. „	13. 55	1. 46
16.—20. „	17. 09	2. 95
21.—30. „	19. 39	8. 09

In der neuesten Arbeit über Kinderpsychosen stellt *Infeld* an der Hand von einer nach dem Krankenmaterial des klinischen Ambulatorium für Nervenkranken im Allg. Nervenkrankenhaus zu Wien geführten Statistik fest: 1. „dass das Kindesalter

zu Nervenkrankheiten überhaupt weniger veranlagt ist, als das spätere Alter;“ 2. „dass das Kindesalter aber unter jenen Krankheiten zu Geisteskrankheiten eine starke Veranlagung abgibt, stärker als das fortgeschrittene Alter;“ 3. „dass das Kindesalter im ganzen aber auch zu Geisteskrankheiten weniger disponiert, als ein höheres Alter.“ Auf 3200 Aufnahmen der Männerabteilung entfielen nur 11 auf das Alter unter 14 Jahren.

Wir führen noch die in der Basler Irrenanstalt beobachteten Zahlenverhältnisse an, und zwar vom Jahre 1881—1902.

Männliche Aufnahmen:	1917
Darunter unter 15 Jahren:	13
Weibliche Aufnahmen:	1559
Darunter unter 15 Jahren:	10

Eine Schwierigkeit liegt in der Abgrenzung der Kinderpsychosen. Bis zu welcher Altersstufe können wir von infantilen Psychosen sprechen? Von einigen Autoren wird ein bestimmtes Jahr als Grenze angenommen, so z. B. von *Thurnam* das 11., von *Vierordt* das 14., von *Moreau* das 15. Manche gehen bis zum 17. Hieraus erklärt sich, dass wir, wie *W. Wille* in seiner Arbeit über Pubertätsirresein bemerkt, Fälle unter die Kinderpsychosen eingereiht finden, die bereits zu der von diesem Autor behandelten Krankheitsgruppe gehören. Andererseits aber werden Fälle als Pubertätspsychosen bezeichnet, die vom physiologischen Standpunkte aus zu den Kinderpsychosen gezählt werden sollten.

Wir schliessen uns den Autoren an, die nicht eine bestimmte Altersstufe als Grenze betrachten, sondern bei Mädchen den Eintritt der Menstruation, bei Knaben die beginnende Geschlechtsentwicklung als Grenze der Kindheit auffassen. Nach Angaben von *Emminghaus*, *Moser*, *Conolly* überwiegen in der Statistik die Psychosen bei Knaben, dagegen macht letzter Autor darauf aufmerksam, dass bei Mädchen die Geisteskrankheit häufiger verheimlicht wird aus Rücksicht auf die Aussicht einer spätern Verheiratung, sodann weil das zurückgezogene Leben der Mädchen eine Verheimlichung begünstigt.

Sämtliche Autoren stimmen jedoch darin überein, dass gegen das Ende der Kindheit die Mädchen häufiger psychisch erkranken als die Knaben.

Es kann in dieser Art nicht meine Aufgabe sein, einen Beitrag zum theoretischen Ausbau der Lehre der Kinderpsychosen zu liefern; die Zahl der Beobachtungen ist eine zu geringe; aber in Anbetracht der erwähnten Seltenheit der Kinderpsychosen dürfte die Mitteilung folgender 16 Fälle ihre Berechtigung finden.

Fall 1. *Blödsinn, Epilepsie, Chorea.*

Franz B. 13 J. a., Vater ist Potator, Mutter starb früh an unbekannter Krankheit. Eltern blutsverwandt, vielleicht Geschwisterkinder. 2 Brüder der Mutter starben durch Selbstmord. 5 Geschwister des Patienten leben; sollen sämtlich an Energielosigkeit leiden, ein Bruder soll beschränkt sein. Ueber die erste Entwicklung unseres Kranken ist uns nichts bekannt. Der Versuch, ihm Schulbildung angedeihen zu lassen, misslang. Im 9. Lebensjahr kam er nach Bremgarten in die Anstalt für schwachsinnige Kinder. Dort beobachtete man epileptische Anfälle; ob dieselben schon früher bestanden, konnte nicht eruiert werden. Er kam in ärztliche Behandlung wegen „tuberkulöser Hautgeschwüre“, sowie wegen eines „tuberkulösen Abscesses“ hinter dem rechten Ohr.

Im Winter 1899/1900 kam es zu heftigen nervösen Aufregungszuständen, die einen maniakalischen Charakter annahmen. Dazu traten auch epileptische Anfälle. In der Aufregung schlug Patient auf die Umgebung los.

Er konnte in jener Anstalt nicht mehr behalten werden, wurde am 26. April 1900 in die Basler Irrenklinik gebracht. Hier, am Tage der Aufnahme, mehrere epileptische Anfälle. Der Kranke ist äusserst widerstrebend; nachts unruhig.

Stat. praes. In der Entwicklung stark zurückgebliebener Knabe. Brust und Bauchorgane ohne pathologischen Befund. Insbesondere sei erwähnt, dass die Herztöne rein sind. Rechte Pupille etwas weiter als die linke. Reaktion auf Licht

und Accommodation prompt. Augenhintergrund normal. Strabismus divergens concomitans, alternans. An der Zunge leichte Defekte. Reflexe ohne Besonderes. Beim Gehen eine gewisse Steifigkeit der Haltung. Häufig langsame automatische Bewegungen nach beiden Seiten, oder nach rück- oder vorwärts, dazu noch ungeordnete Bewegungen mit den Armen. Oft grosse motorische Unruhe. Geht dann, mit den Armen langsam in der Luft herumfahrend, den Kopf in gezwungener Haltung, unaufhaltsam im Zimmer auf und ab. Nimmt keine Notiz von im Wege stehenden Personen. Die Aufmerksamkeit ist schwer zu erregen und zu fixieren. Geistige Fähigkeiten minim. Weiss seinen Namen, zuweilen auch, dass er aus Zug stammt.

Bezüglich der Häufigkeit der epileptischen Anfälle mag folgende Tabelle einen Ueberblick gewähren.

Januar 1901	24
Februar „	31
März „	57
April „	54
Mai „	126 etc. etc.

Gelegentlich verletzt sich der Kranke bei den Anfällen stark. Bei fieberhaften Erkrankungen Verminderung bis gänzlichliches Sistieren der Anfälle. Die choreatischen Bewegungen nehmen zeitweise so stark zu, dass der Kleine weder allein essen, noch gehen kann. Im ganzen verschlimmert sich der Zustand allmählich.

Die Erziehbarkeit des Kranken ist eine sehr geringe. Zu Weihnachten 1901 versuchten Wärter dem Kranken ein einfaches Verslein beizubringen, was aber trotz aller Mühe nicht gelang. Er behielt für einige Stunden einige Worte; am folgenden Tag waren dieselben schon wieder vergessen. Patient verfügt nur über einen geringen Wortschatz. Wegen der kaum zu fixierenden Aufmerksamkeit ist eine genaue Untersuchung seines geistigen Zustandes unmöglich.

Er zeigt seinem Wärter gegenüber eine gewisse Anhänglichkeit. Aeussert Dankbarkeit für kleine ihm erwiesene

Freundlichkeiten. Bisweilen stürmische Freude bei einem unerwarteten Anblick (z. B. Wagen mit Pferd). — Infolge der sich mitunter stark häufenden Anfälle ist der Kranke oft unrein, jedoch nie in wachem Zustand. Oertlich und zeitlich stets desorientiert. Stimmung nicht selten heiter, eigentlich deprimierte Stimmung nie beobachtet, obgleich bei stärkerem Hervortreten der choreatischen Bewegungen ein allgemeines Gefühl der Hilflosigkeit wohl vorhanden zu sein scheint: es äussert sich dies in kläglichem Jammern. — Bemerkenswert ist noch der starke Eigensinn des Knaben; von einem einmal geäusserten Wunsch lässt er nicht ab bis er ihn erfüllt sieht.

Das vorliegende Krankheitsbild stellt also eine Kombination dar aus: *Blödsinn, Epilepsie und Chorea*.

Der Schwachsinn ist laut Anamnese angeboren; dagegen wissen wir nicht, in welchem Lebensjahre die Epilepsie, in welchem die Chorea einsetzte. Bezüglich der epileptischen Anfälle ist ihre Häufigkeit besonders hervorzuheben. Die Art der Anfälle, die kleinern und grössern Verletzungen, die sich der Knabe dabei zuzieht, lassen über die Diagnose der genuinen Epilepsie keinen Zweifel aufkommen. Schwieriger ist die Beurteilung der dritten Komplikation, nämlich der choreatischen Symptome. Dieselben werden niemals völlig vermisst, treten nach häufigen epileptischen Anfällen bedeutend stärker hervor, als in anfallsfreieren Zeiten; sie werden durch jede Erregung, jeden stärkeren Willensimpuls ungünstig beeinflusst, hören im Schlafe auf. Endlich haben dieselben während des Anstalt-aufenthaltes bedeutend an Intensität zugenommen. — Wir geben noch einen zusammenhängenden Ueberblick über die körperlichen Krankheitszeichen. Diese bestehen in Rollen der Augen und in Grimmassieren. Die Aussprache ist prononciert, gedehnt, eigentümlich näselnd. Der Kranke wirft den Kopf zurück, wendet ihn nach den Seiten, presst das Kinn auf die Brust u. s. w. Der Rumpf schwankt hin und her. Besonders heftig ist die motorische Unruhe der obern Extremitäten, zumal in den letzten Sommermonaten. Während der Kranke früher noch selber essen, sich mit den Händen etwas zu beschäftigen

vermochte, war während jener Monate dies völlig unmöglich. Der Kranke vermochte kaum noch ein Stückchen Zucker zum Munde zu führen. In den unteren Extremitäten waren zur ersten Zeit des hiesigen Aufenthaltes die Bewegungsstörungen nur wenig intensiv. Doch nahmen dieselben auch in diesem Muskelgebiet einen Umfang an, dass von Gehen und Stehen nicht mehr die Rede war. Oft bestand Spitzfussstellung, leichte tonische Kontraktion der Beinmuskeln, neben fortwährenden choreatischen Bewegungen. In den letzten Wochen wurden die epileptischen Anfälle seltener, die choreatischen Bewegungen sind so sehr zurückgetreten, dass Patient wieder selbst essen kann und den ganzen Tag, wenn auch etwas schwerfällig, umherzulaufen vermag.

Wir stellen die Frage, welche Form der Chorea wir vor uns haben. Kann es sich um die häufigste Form, um die infektiöse Chorea handeln? Das jugendliche Alter würde stimmen, ebenso die Symptome im allgemeinen. Auch kann der Verlauf bei der infektiösen Chorea ein protrahierter sein: der akute Anfall lässt an Heftigkeit nach, es tritt aber nicht völlige Heilung ein, sondern es bleiben Bewegungsstörungen zurück und die Krankheit exacerbiert zeitweise.

Jedoch sind im Gegensatz zu unserem Fall, nach *Wollenberg*, die Symptome bei dieser Form von vorneherein nur wenig heftig und bleiben es. Ferner tritt nach monatelanger Dauer auch hier Heilung ein.

Diese Krankheitsform ist daher auszuschliessen.

Weiterhin berichtet *Wollenberg* von einer chronisch perenierender Verlaufsart, die freilich bei Kindern nur ausnahmsweise beachtet werde.

Man könnte sagen, die bestehende Epilepsie habe das Gehirn so geschwächt, und in einen derartigen Reizzustand versetzt, dass die ihrer ursprünglichen Tendenz nach nur als vorübergehende Komplikation aufgetretene Chorea nicht überwunden werden konnte, dass lediglich infolge mangelhafter Reaktionskraft, jene nervöse Erkrankung Fuss fassen und sich ausbreiten konnte, so dass wir jetzt von einer choreatischen

Diathese sämtlicher Willkürbewegungen zu sprechen berechtigt sind.

Es wäre somit auf dem Boden eines konstitutionellen nervösen Degenerationszustandes die einfache Chorea zu einer chronischen geworden.

Was endlich die Huntington'sche, die idiopathische Chorea chronica progressiva angeht, so beruht dieselbe, im Gegensatz zu unserm Fall, meist auf direkter Vererbung und tritt meist erst im mittlern oder spätern Lebensalter auf. Sodann beobachteten wir nicht eine langsame, deutliche Zunahme der choreatischen Bewegungen, sondern dieselben richteten sich in ihrer Intensität nach den epileptischen Anfällen. Vielleicht bedingt dieselbe unbekannte Ursache die Exacerbationen beider Krankheitsformen. Wahrscheinlich aber rufen, wie bereits erwähnt, die epileptischen Anfälle einen Reizzustand der motorischen Hirnregionen hervor, deren Ausdruck die erwähnten Bewegungsstörungen sind.

Die chronologische Reihenfolge der Erkrankungen wäre also: Schwachsinn, Epilepsie, Chorea, Blödsinn.

Wir haben endlich den Geisteszustand unseres Kranken zu besprechen.

Man scheint sich anfangs über die geistige Schwäche des Knaben nicht im Klaren gewesen zu sein, da sonst gewiss nicht der Versuch gemacht worden wäre, ihm Schulbildung zu geben. Im ärztlichen Fragebogen finden wir von psychischen Symptomen angegeben: schlechtes Gedächtnis und Eigensinn, dagegen sei der Knabe reinlich. So spärlich diese Angaben sind, so können wir doch annehmen, dass das geistige Niveau nicht allzu tief stand, dass das Kind nicht zu den Idioten, sondern zu den Imbecillen zu rechnen war. Was die Angabe betrifft, der Knabe habe in der Aufregung auf die Umgebung losgeschlagen, so ist dies vielleicht der epileptischen Reizbarkeit zuzuschreiben. Es könnte sich auch um Wutausbrüche handeln, wie man sie bei der erethischen Form der Imbecillität auf kleine Reize hin beobachtet. — Die anam-

nestischen Angaben sind so dürftig, dass wir diese Frage nicht zu entscheiden vermögen. Womöglich sind die Aufregungszustände als die ersten choreatischen Anfälle aufzufassen. Im übrigen ist der Geisteszustand in der Krankengeschichte genügend geschildert, und charakterisiert sich als Schwachsinn höheren Grades mit Uebergang in Verblödung, letzteres als Effekt der Epilepsie und Chorea. Die psychischen Krankheits-symptome gesondert entweder dem Schwachsinn oder der Epilepsie oder Chorea zuzuschreiben, ist unmöglich. —

Fall 2. *Epileptische Geistesstörung.*

Albert H. 14 J. a. Hereditär nicht belastet. Vater Potator, gestorben an Phthisis. Patient ist von 7 Kindern das drittälteste, zwei Geschwister starben im ersten Lebensjahre, die übrigen vier sind gesund. Die Geburt des Patienten verlief normal. Bis zum Alter von 8½ Jahren entwickelte sich das Kind gut. (Keine Krämpfe.) Dann erkrankte Patient an einer schweren Bauchfellentzündung. Während dieser Krankheit soll er einige Stunden bewusstlos gewesen und vom Arzte bereits aufgegeben worden sein. Genesung nach acht Wochen. Nach Angabe der Mutter soll das Kind nach der Krankheit ein schwächeres Gedächtnis gehabt haben und Kommissionen nicht mehr so prompt besorgt haben, wie vorher, jedoch habe es in der Schule leicht und gern gelernt. Ferner fiel es auf, dass Patient besonders auf Spaziergängen plötzlich stehen blieb, die Hände auf den Unterleib drückte, starr vor sich hin sah, und auf Fragen nicht reagierte. Nach etwa 5 Minuten kehrte das Bewusstsein wieder zurück. Patient gab dann oft auf Befragen an, er habe „Bauchgrimmen“ gehabt. Diese Anfälle kehrten alle 3—4 Wochen wieder. Keine Störungen der Verdauung. Klagte, ausser nach den Anfällen, nie über Leibschmerzen. In den Intervallen war an dem Kranken nichts Abnormes zu beobachten; er besuchte die Schule bis zum zwölften Lebensjahre, blieb dann zu Hause, weil die Anfälle häufiger und stärker wurden. Einmal wollte der Kranke aus dem Fenster des

dritten Stockes heruntersteigen und bekam Zuckungen, als man ihn zurückhalten wollte. Zwei Wochen vor der Aufnahme in die Anstalt stieg Patient mit einem zwei Monate alten Kind über einen 1.30 m hohen Zaun und warf dann dasselbe in den Kot. Er konnte hinterher keine Rechenschaft über diesen Vorgang geben. Nachts sollen die Anfälle selten aufgetreten sein, aber immer den Charakter des Grand-mal gehabt haben, während am Tage nie Krämpfe beobachtet wurden. Bei Anfällen am Tage verspürte der Kranke zuerst ein Brennen in der Magengegend, dann fing er an zu rennen und zu singen, warf alles, was er in den Händen hatte, weg. —

Stat. praes. bei der Aufnahme. Patient ist für sein Alter ziemlich klein. Ernährungszustand gut. Blühendes Aussehen. Rechte Gesichtshälfte stärker gerötet als die linke. Stirne rechts flacher als links. Linkes Ohrläppchen verwachsen. Am linken Auge deutliche Ptosis. Pupillen gleich, reagieren prompt. Zunge ohne Narben. Leichte Scoliose. Rücken stark behaart. An den innern Organen kein pathologischer Befund. Reflexe normal. Leichte albuminöse Trübung des Harns. — Psychisch zeigte der Knabe zunächst dasselbe Verhalten, wie zu Hause. Er hat ein leidlich gutes Gedächtnis; ist meist in friedlicher Stimmung; hat keine Krankheitseinsicht. Eine Anzahl von Anfällen verliefen auch hier so, dass Patient plötzlich aufsprang, eine Strecke weit lief, sich um die eigene Axe drehte; durch Festhalten konnte das zu Boden stürzen verhindert werden. Es fiel bei diesen Zuständen auf der starre Blick, das bleiche Aussehen, und einmal leichte Zuckungen im Gesicht. Zu Beginn des hiesigen Aufenthaltes versuchte er in einem derartigen Anfälle über den Terrassenzaun zu klettern. Die Dauer solcher Zustände betrug etwa 5 Minuten. Daneben fanden sich auch Anfälle von Grand-mal. Sie setzten oft einige Wochen aus, häuften sich dann an einem Tage.

Nach einjährigem Anstaltsaufenthalt nahmen die Eltern den Knaben wieder nach Hause. Er wurde jedoch nach weiteren 1 1/2 Jahren wieder gebracht. Die Anfälle von Grand-mal mit nachfolgender Benommenheit waren häufiger geworden;

die Vergesslichkeit hatte zugenommen. — Nur der Vollständigkeit halber sei hinzugefügt, dass sich der Kranke seither (1895) in Anstaltspflege befindet. Er besitzt keinerlei Einsicht in die Natur seines Leidens, glaubt bald zum Militärdienst eingezogen zu werden, möchte gerne einen Beruf erlernen. Aeussert wenig Dankbarkeit. Gesichtsausdruck gedankenlos. Auf kleine Neckereien hin ist Patient äusserst reizbar. Die Anfälle kehren in letzter Zeit alle 3 — 4 Wochen wieder, an Zahl und Intensität bedeutend geringer wie früher. Nach den Anfällen ist Patient deprimiert und leidet oft an Kopfschmerzen.

Epicrise: Die Epilepsie trat im Anschluss an eine abdominale Erkrankung auf. Ob letztere zu der Epilepsie in einem aetiologischen Verhältnis steht, ist nicht klar zu legen.

Die Symptome der psychischen Epilepsie bestehen bei unserm Kranken nur in ihren einfachsten Formen: der Absence, einem kurzdauernden Bewusstseinsverlust, sodann in Zuständen von Benommenheit und Unsicherheit der motorischen Bewegungen von wenigen Minuten Dauer, ohne dass Zuckungen auftreten. Eine etwas schwerere Form repräsentieren die Symptome des kurzdauernden triebhaften Bewegungsdranges, sowie vereinzelter sinnloser Handlungen, an die später keine Erinnerung bestand. — Ferner war zu konstatieren rudimentäres präepileptisches Irresein, insofern auch vor dem Eintritt der Zuckungen einmal jenes triebhafte Davonlaufen beobachtet wurde. Postepileptische psychische Störungen zeigen sich in schwach ausgebildeter Weise, indem die Stimmung nach den Anfällen eine deprimierte ist.

Was endlich die allgemeinen psychischen Störungen angeht, die sich bei Epilepsie einzustellen pflegen, so finden wir diese bei unserem Kranken zunächst nur angedeutet: sie bestehen in Abschwächung des Gedächtnisses. (Das bisweilen auftretende Heimweh dürfte als physiologisch zu betrachten sein.) — In dem weiteren, für uns nicht mehr in Betracht kommenden, Krankheitsverlauf gesellten sich hinzu Nachlass der Urteilkraft, sowie der ethischen Gefühle und erhöhte Reizbarkeit. —

Fall 3. *Epileptische Geistesstörung.*

Der nun folgende dritte Fall bezieht sich auf einen Kranken, der sechs mal in ähnlicher Weise erkrankte, und zwar in seinem 13., dann im 19., 29., 30., 32. und endlich im 33. Lebensjahre. Nur der letzte Anfall wurde in der hiesigen Anstalt beobachtet. Jedoch erscheinen die Angaben des Kranken in jeder Hinsicht so zuverlässig, dass wir berechtigt zu sein glauben, die eigene Anamnese desselben über den ersten Krankheitsfall hier anzuführen. Mögen einzelne Angaben dem damaligen Krankheitsbild nicht entsprechen, so dürfte doch der Verlauf im ganzen charakteristisch genug sein, um eine Diagnose stellen zu können. Ferner glaubten wir den Fall auch deshalb nicht unerwähnt lassen zu sollen, weil nur selten Geisteskrankheiten Erwachsener sich bis in die Kindheit zurück verfolgen lassen, und, abgesehen von den einzelnen Symptomen, wäre es ein bemerkenswertes Faktum, dass der Knabe im zwölften Lebensjahr eine Psychose durchmachte, die nach seiner Erinnerung sich in ähnlicher Weise später fünf mal wiederholte.

Der Kranke Ch. S. ist unehelich geboren. Vater unbekannt. Mutter gesund. Ein Stiefbruder ebenfalls gesund. — Keine Kinderkrankheiten. Patient hatte eine freudlose Jugend, lebte bald da, bald dort; musste mit 8 Jahren im Winter bei ungenügender Kleidung betteln gehen. Schlechte Ernährungsverhältnisse. Erhielt Alcoholica in frühester Jugend. Zwölf Jahre alt, arbeitete er mit seinem jüngern Bruder in Hopfengärten. Die mühevoll gesammelten Hopfen wurden ihnen oft von den Mitarbeitern weggenommen. Patient habe deshalb viel Kummer und Aufregungen gehabt. Schief nachts auf dem Hopfen, den er tagsüber gesammelt hatte. Eines Sonntags habe er plötzlich einen Schrecken bekommen, weil ein Vorübergehender ihn scharf angesehen habe. Er habe verspürt, wie er plötzlich ein anderer Mensch geworden sei. Er sei ganz „verstobert“ gewesen und habe nicht mehr recht arbeiten können. Nachts sei er aus Angst und Verzweiflung

an die Türe gesprungen, weil er glaubte, es sei eine Hexe bei ihm. Die Aufregung steigerte sich; hielt einen der Anwesenden für einen Teufel. Zahlreiche Vorstellungen ängstlichen Inhalts. Unwiderstehlicher Drang, alles entzwei zu schlagen. Ins Armenhaus geführt, glaubte er, die Welt gehe unter; sah einen Leichenzug; wollte zum Fenster hinausspringen. Erkannte die Umgebung nicht. Schlaf und Appetit sehr mangelhaft. Dauer der Krankheit 5 Wochen.

Mit 18½ Jahren ähnliche Erkrankung, jedoch scheinen die Hallucinationen stärker in den Vordergrund getreten zu sein. Patient sei eines Abends erschrocken, habe drei schwarze Gestalten gesehen. In der Nacht grosse Angst. Wurde nach 8 Tagen ins Krankenhaus gebracht. Dort sei er, mit einer Zwangsjacke angetan, im Bett festgeschnallt worden. Er habe geglaubt, Jesus Christus selber schlafe in dem Nachbarnbett, eine Diensthfrau habe er für die Mutter Gottes gehalten. Wünschte zu leiden wie Jesus Christus. Oft habe er den Antrieb gehabt niederzuknien oder mit dem Kopfe gegen die Türe zu rennen. Nach einer „Erscheinung“: — das Zimmer sei ganz hell geworden, ohne dass er Gestalten gesehen habe, — sei es ihm wieder besser geworden. Die diesmalige Krankheitsdauer ist dem Patienten nicht mehr in genauer Erinnerung. Die folgenden Anfälle entstanden unter dem Einfluss des Alkohols. Der fünfte Anfall begann damit, dass er plötzlich von Hause fortlief, sich einen Tag lang umhertrieb, sein Geld und seine Uhr etc. fortwarf. Vom letzten Anfall ist hervorzuheben die brutale Gewalttätigkeit und die starke Reizbarkeit des Kranken. Bemerkenswert ist, dass der Kranke das Herannahen eines Aufregungszustandes fühlte: er bat jeweilen, ihn in eine Zelle zu bringen, da er sonst jemand umbringen könnte. —

Hätten wir nur den ersten Anfall vor uns, so könnten wir zweifelhaft sein, ob wir denselben der Epilepsie zuzurechnen berechtigt sind oder nicht. Die weiteren Anfälle skizzierten wir kurz, um über diese Frage Klarheit zu erhalten. Vier derselben (Anfall 1, 2, 5, 6), über die wir genauer orientiert

sind, begannen mit einer Aura; bei den beiden ersten bestand dieselbe in einem heftigen Angstzustand, auf den die eigentliche Krankheit, das religiöse Delirium folgte; bei dem fünften Anfall in einem planlosen Fortlaufen und sinnlosen Handlungen; bei dem sechsten Anfall endlich in einem längere Zeit währenden Depressionsstadium. Bezeichnend für den Epileptiker ist ferner die religiöse Natur der krankhaften Vorstellungen. — Während der letzten Krankheit glaubte Patient direkt unter göttlichem Befehl zu stehen. — Ferner ist charakteristisch die rohe Gewalttätigkeit und die gemüthliche Reizbarkeit, die wir in der Anstalt zu beobachten Gelegenheit hatten.

Allgemeine, epileptische Charakterveränderung zu konstatiren, war wegen der Kürze der Beobachtungszeit nach abgelaufenem Anfall nicht möglich; doch berichtet die Frau von bigotter Frömmigkeit.

Fall 4. *Transitorische Verwirrtheit im Anschluß an eine fieberhafte Krankheit. Heilung.*

Bertha H. 12 J. a. Vater der Patientin ist ausserordentlich geboren, starb 36 Jahre alt an Lungenschwindsucht. Er war jähzornig, konnte den Alkohol nicht ertragen. Mutter der Patientin gesund. Von 7 Kindern starben das vierte und sechste an Krämpfen, das siebente an Hirnentzündung.

Patientin lernte erst mit 1 1/2 Jahren gehen, zahnte spät, war immer ein schwächliches Kind. Lernte etwas schwer in der Schule, konnte aber mit ihren Mitschülerinnen Schritt halten. Sie besuchte die Primar- und die Sekundarschule. Keine Kinderkrankheiten. Winter 1889/1890 Influenza mit heftigem Kopfwch und Brechreiz. Den folgenden Sommer über war das Kind gesund. Im Winter kam es öfter aus der Schule mit Klagen über Kopfschmerzen. Im Frühjahr 1891 Angina tonsillaris. Mit Abheilen der Angina wurde das Kind aufgereggt, fing abends an zu schwatzen, lief im Hemd ans Fenster, sah einen Wolf im Zimmer, sagte, es sei im Hôtel-de-ville von St. Gallen gewesen.

Der Arzt hielt die Krankheit für eine schwere Influenza. Am 24. Mai Ueberführung ins Krankenhaus. Dort war sie während 8 Tagen sehr aufgereggt, sang viel, gab keine Antwort, erkannte ihre Mutter nicht. Kein Fieber. Am 2. Juni geheilt entlassen.

Ordentliches Verhalten bis am 9. Juni: wollte an diesem Tage in einem Nachbarhause ins Bett, gab keine Antwort, machte sich steif, als man sie fortbringen wollte. Schlaf ordentlich. Appetit sehr gut, Verdauung in Ordnung.

14. Juni. Aufnahme in die Irrenanstalt. Patientin ist etwas ängstlich, schüchtern, beruhigt sich aber auf der Abteilung bald.

Stat. praes. Seinem Alter entsprechend entwickeltes Mädchen. Anaemisches Aussehen. Gesichtsausdruck ängstlich, nicht unintelligent. Pupillen gleich weit, reagieren prompt. Innere Organe ohne pathologischen Befund. Patellarreflexe sehr herabgesetzt.

Psychisch bietet Patientin während ihres Anstaltsaufenthaltes, abgesehen von Heimweh und leichter Aengstlichkeit nichts besonderes. Hie und da Klagen über Kopfweh. —

Epicrise: Ein 10jähriges Mädchen, das sich körperlich sehr langsam entwickelte, das Mühe hat den Anforderungen der Schule zu genügen, erkrankt an Influenza; ein hervorstechendes Symptom während dieser Erkrankung bildete der Kopfschmerz. In Anbetracht der schwächlichen Konstitution des Mädchens, sowie der Tatsache, dass es gerade nach der Heimkehr aus der Schule über Kopfweh zu klagen pflegte, halten wir dieses Kopfweh für nervös im engern Sinne, entstanden durch Ueberanstrengung und Erschöpfung des nur wenig leistungsfähigen, abnorm schnell ermüdbaren, jugendlichen Gehirns.

Nun kam eine unbedeutende fieberhafte Erkrankung, die jedoch genügte, um das so praedisponierte Nervensystem völlig aus dem Gleichgewicht zu bringen: es kam nach Ablauf des Fiebers zu einem Erregungszustand heiterer Natur mit Hallucinationen und völliger Verwirrtheit. Genesung nach 14 Tagen. Die Kranke arbeitete sofort wieder, erkrankte nach 7 Tagen

von neuem in Form einer leichten Erregung, in der sie fort-drängte, leicht verwirrt war.

Der Anfall war nach ca. einer Woche abgelaufen. Persönliche Rücksprache mit dem Mädchen ergab, dass dasselbe seither, 10 Jahre lang, völlig gesund geblieben. —

Das anfallweise Auftreten und der rasche Verlauf der beiden Erkrankungen legen den Gedanken an eine epileptische Basis derselben nahe. Aber in Ermangelung von jeglichen sonstigen Anhaltspunkten, sowie der 10jährigen ungestörten Gesundheit des Mädchens wird diese Annahme unwahrscheinlich. Die Symptome der Anfälle selbst sind keineswegs so charakteristisch, dass aus ihnen allein die Diagnose „psychische Epilepsie“ mit Sicherheit gestellt werden könnte. Die in der Anstalt beobachtete Aengstlichkeit kann auch nicht zu Gunsten jener Diagnose entscheiden, wiewohl *Samt* gerade das Symptom der Angst nach Ablauf der eigentlichen Krankheit, als ein Hauptcharakteristikum für epileptische Geisteskrankheiten anführt.

Die vorausgehende Ueberanstrengung und die fieberhafte Erkrankung berechtigen zu der Annahme einer Erschöpfungs-psychose. Zur Erklärung der Aengstlichkeit genügt der nervöse Zustand des Mädchens, auf Grund dessen auch die Psychose zustande kam, und der nach Ablauf der Psychose fort-dauerte.

Fall 5. *Stupor, Delirien mit darauffolgender maniakalischer Verwirrtheit im Anschluß an eine fieberhafte Krankheit. Heilung mit Defekt.*

Jakob St. 16 J. a., wurde am 4. Juli 1891 in die Anstalt gebracht.

Ein Sohn des Bruders der Grossmutter mütterlicherseits ist paranoisch. Eine Tochter derselben ist ebenfalls geisteskrank. Ein älterer Bruder und eine jüngere Schwester sind gesund. Die Geburt des Patienten war, infolge seines abnorm grossen Schädels, eine sehr schwere. Der hinzugezogene Geburtshelfer erklärte das Kind als hydrocephalisch. Mit $\frac{5}{4}$ Jahren fug

das Kind an zu laufen. Das Sprechen soll es früh gelernt haben. Patient soll stets ein lebhaftes Kind gewesen sein, das für alles Interesse zeigte. In der Schule aber habe sich Patient sehr anstrengen müssen um weiter zu kommen. Seine Leistungen waren nur mittelmässige. Von jeher Klagen über Kopfschmerzen.

Herbst 1889 klagte der Knabe seiner Mutter, seit einiger Zeit versage ihm in der Schule das Denken und das Gedächtnis. Im Januar 1890 wurde er von Influenza befallen, in deren Folge eigenartige Anfälle auftraten.

Während derselben lag der Kranke oft stundenlang regungslos da; er erzählte zuweilen, er habe während des Anfalls das Gefühl gehabt, als werde ihm successive Bauch, Brust und schliesslich der Hals zugeschnürt. Diese Anfälle verschwanden nach einigen Wochen vollständig. Hingegen hatte Patient noch lange Zeit über Schlaflosigkeit und Schreckhaftigkeit zu klagen. Frühjahr 1891 litt der Kranke zum zweiten Mal an Influenza, jedoch nur kurze Zeit. Im Anschluss an diesen Influenzaanfall wurde der Kranke schwermütig, er soll auch Verfolgungsideen gehabt haben. September bis Dezember sei das frühere Wohlbefinden zurückgekehrt, jedoch sei er nicht mehr zur Schule gegangen. Mitte Januar 1891 trat ein bläschenartiger Ausschlag der Mund- und Rachenhöhle auf, der mit Fieber verbunden war. Während der Krankheit sei Patient regungslos dagelegen. Nahrungsaufnahme sei nur durch Fütterung zu erzwingen gewesen. Zugleich hartnäckige Obstipation. (Patient soll 21 Tage keinen Stuhl gehabt haben.) Ausserdem bestand Incontinentia vesicae. Der stuporöse Zustand wurde zeitweise von Aufregungserscheinungen abgelöst. Er äusserte während dieser Stadien hypochondrische und nihilistische Wahnideen. Er habe keine Nase, keinen Mund, keine Adern, keine Hände mehr. Bienen flögen aus den Ohren, man habe ihm das Gehirn herausgenommen, man wolle ihn mit vergifteter Milch umbringen. Es bestanden nach Aussagen des Arztes Hallucinationen in sämtlichen Sinnesgebieten, hauptsächlich des Gesichts. Er rief die Mutter um

Hilfe gegen einen Mann, der ihn mit der Axt umbringen wolle. Hie und da wurde der Kranke aggressiv, sprang aus dem Bett, warf mit Gegenständen um sich etc. etc. Zwischendurch sollen Delirien heiteren Inhalts aufgetreten sein.

Mit der Besserung des Ernährungszustandes hellte sich das Sensorium allmählich auf, der Kranke reagierte mimisch immer häufiger und deutlicher auf direkte Anrede. Am 18. Juni konnte Patient zum erstenmal seit seiner Erkrankung selbständig essen. Seit dem 26. Juni löste sich der stuporöse Zustand, um einem zunehmenden Erregungszustand Platz zu machen. Der Kranke war nicht mehr im Bette zu halten, schwatzte, schrie, sang unaufhörlich. Die Stimmung war eine heitere. Seine Reden waren nach Aussage des Arztes völlig zusammenhangslos. Die Aufmerksamkeit war auf energischen Zuruf momentan zu fixieren, er erkannte dann die umgebenden Personen. Seine sprachlichen Äusserungen knüpften sich oft an ein gehörtes Wort an. Lebhaftes Mienenspiel. Seit Beginn des Erregungszustandes erfolgte spontan normaler Stuhl. Appetit gut.

4. Juli. Stat. praes. Stark abgemagerter Knabe mit schwachsinnigem kindlichem Gesichtsausdruck. Dolichocephaler Schädel. Pupillen gleich weit, reagieren prompt. Patellarreflexe links etwas schwächer, rechts etwas stärker als normal. Herztöne laut, rein. Der Kranke scheint in der Entwicklung zurückgeblieben, er macht 16jährig den Eindruck eines 12-jährigen Knabens.

Der Kranke giebt auf mehrfaches Fragen nur kurze Antwort, die stets von blödem Lächeln begleitet ist. Heitere Stimmung.

7. Juli. Der Kranke verhält sich ruhig. Kindisches Benehmen, lacht über alles. Wenig Sinn für Anstand.

17. Juli. Patient ist stets sehr still, fast apathisch.

25. Juli. Machte zweimal einen Fluchtversuch, das erste Mal „aus langer Weile“ das zweite Mal, um sich, wie er sagte „die Stadt anzusehen“.

15. August. Stimmung wechselnd, oft deprimiert, oft heiter. Viel unmotiviertes Lachen. Sucht bei der ärztlichen Visite stets einen guten Eindruck zu machen.

Am 28. September entlassen.

Gewicht am 9. Juli 27 kg.

„ am 24. September 39 kg.

Man könnte zweifelhaft sein, ob der beschriebene Fall noch zu den Kinderpsychosen zu rechnen ist. Da der Kranke jedoch, wie ausdrücklich bemerkt wird, in der Entwicklung stark zurückgeblieben und hydrocephalisch war, von jeher an Kopfschmerzen litt und leicht erregbar zu sein pflegte, so ist wohl denkbar, dass nicht die Pubertätsentwicklung, sondern lediglich die steigenden Ansprüche an die geistige Leistungsfähigkeit im 14. Jahre eine relative Insuffizienz des kindlichen, abnorm widerstandslosen Gehirns herbeiführten, die den günstigen Boden für die nach der Influenza auftretenden Psychose abgab.

Gegen die Annahme einer Pubertätspsychose spricht auch der Verlauf. Es handelt sich um drei Krankheitsperioden, deren jede nach einer fieberhaften Erkrankung auftrat, deren jede die Widerstandskraft des Gehirns verminderte, so dass der Ausgang in psychischer Schwäche nach dem dritten Anfall genügend begründet ist. —

Fall 6. *Verwirrtheit mit maniakalischer Exaltation auf hysterischer und alkoholischer Basis. Heilung.*

Lydia F. 13 J. a. Vater schon vor Geburt der Patientin geisteskrank, später im Irrenhause gestorben. Sonst keine Heredität. Geburt, wie erste Entwicklung normal. Keine Kinderkrankheiten. Patientin sei stets etwas schwächlich und blutarm gewesen. In der Schule lernte sie gut lesen und schreiben; das Rechnen fiel ihr schwer. Das Kind besorgte häufig Kommissionen, bekam bei dieser Gelegenheit öfters Wein zu trinken. Im Winter 1895 Klagen über Kopfschmerzen. Angeblich bestand Fieber und Obstipation. Der Arzt stellte keine Diagnose. Das Kind habe „bewusstlos“ im Bette ge-

legen, habe auf Fragen verkehrte Antworten gegeben, habe Katzen und allerlei Gegenstände vor sich gesehen. Nach zehntägiger Krankheit soll Patientin wieder normal gewesen sein, nur hie und da hätten Zuckungen, „ein Aufschliessen der Arme“ bestanden. Von Januar bis März nichts Besonderes. Im April wieder Klagen über Kopfschmerzen. Lag 4—5 Tage im Bett. Ob Fieber bestand, ist nicht bekannt. Seither gesund bis zum 22. Juni 1896. Die Kranke stand an diesem Tage morgens um 4 Uhr auf, lief zum Haus hinaus unter Mitnahme eines Geschirrs, um Kartoffeln zu rüsten, kehrte aber bald wieder heim. Ass mittags wenig. Keine Klagen. Nachmittags wollte Patientin wieder fortlaufen. Die Nacht vom 22. auf den 23. verlief gut. Am 23. sprach die Kranke kein Wort, drängte bisweilen zum Hause hinaus. Am 24. begann sie zu singen und zu lachen sprach verwirrt.

Wurde am 27. Juni in unsere Anstalt gebracht.

Bei der Aufnahme war Patientin ruhig. Auf der Abteilung begann sie unruhig zu werden, lief von einem Ort zum andern, stampfte mit den Füßen, streckte die Zunge heraus. Sehr gehobene Stimmung. Schlieft erst nach Mitternacht ein.

Stat. praes. Mageres, gracil gebautes Kind. Kühle, cyanotische Hände. Lungenschall hell, pueriles Atmen. Herzdämpfung nach rechts verbreitert. Herzaktion arhythmisch. Pupillen weit. Fusssohlenreflexe verstärkt. Keine Ataxie. Urin ohne Eiweiss und Zucker.

Motorisch sehr erregt. Dreht den Körper bald nach links, bald nach rechts, hebt abwechselnd die Schultern, spitzt den Mund. Spricht wenig.

30. Juni. Tagsüber etwas ruhiger, anfangs der Nacht stets unruhig, lacht und singt. Manchmal Strabismus, oft krankhafte Atembewegungen.

2. Juli. Wortkarg. Oertlich desorientiert. Leichte Benommenheit des Sensoriums. Lacht viel.

4. Juli. Entschieden ruhiger, beschäftigt sich etwas.

6. Juli. Ganz reaktionslos, starrt vor sich hin. Abends zwangsmässiges Wiegen des Oberkörpers.

10. Juli. Wenig verändert; die Gesichtszüge sind eigentümlich starr und unbeweglich.

21. Juli. Die letzten Tage wieder unruhiger. Bisweilen Zwerchfellkrämpfe.

25. August. Ist ruhiger; schreibt nachmittags einen kleinen Aufsatz. Stimmung wechselnd. Bald ist die Kleine lebhaft heiter, bald weinerlich aufgelegt, bald gegen alles abgestumpft, leicht benommen.

5. Oktober. Patientin tritt heute aus.

Wie Erkundigungen ergaben, erholte sich das Mädchen nach einigen Wochen Landaufenthaltes völlig und blieb seither gesund.

Epicrise: Ein erblich belastetes, schwächliches Kind, erhielt öfters Wein zu trinken.

Es klagt über Kopfweh. Gelegentlich einer fieberhaften Erkrankung treten Tiervisionen und andere Hallucinationen auf; die Umgebung wird nicht erkannt. Nach einigen Tagen ist die Krankheit verschwunden. Wir werden nicht fehl gehen, wenn wir den Alkoholgenuss als das wichtigste ätiologische Moment dieser Erkrankung betrachten. Seitdem wurden nervöse Störungen beobachtet: zeitweises Aufschossen der Arme, später Kopfschmerzen und Schwächegefühl. Plötzlich $\frac{1}{2}$ Jahr nach der ersten Erkrankung trat ein Zustand von Verwirrtheit auf, der sich langsam bis zum Stupor steigerte. Dieser Zustand wurde von einer maniakalischen Exaltation abgelöst. Hier in der Anstalt wurden noch eine Reihe von Symptomen beobachtet, die fast den Gedanken an eine Dementia praecox nahe legen könnten; es sind dies die beschriebenen gezierten Bewegungen und das läppische Benehmen. Jedoch lief die Krankheit ab, ohne einen Intelligenzdefekt zu hinterlassen, so dass die Zulässigkeit jener Diagnose sehr fraglich werden muss.

Wir fassen diesen Fall vielmehr als Typus einer Kinderpsychose auf, da, wie Prof. L. Wille betont, gerade bei diesen auch jenes eigenartige läppische Benehmen zu beobachten ist, wie wir es auch bei gesunden Kindern jüngern Alters häufig finden.

Fall 7. u. 8. *Hysterie auf traumatischer Basis.*

Camille B. 11 J. a. Väterlicherseits keine hereditäre Belastung; ein Bruder der Mutter wurde nach einem Sturze geisteskrank und starb zwei Jahre nach dem Unfall in der Irrenanstalt.

Patient ist das zweit jüngste von 6 Kindern.

Das älteste Kind machte, 10 Monate alt, eine Hirnentzündung durch, von der es sich zwar erholte, jedoch blieb es zwergenhaft klein. Die übrigen Geschwister sind normal entwickelt. — Die Geburt unseres Kranken verlief normal. Lernte rechtzeitig laufen und sprechen; erwies sich in der Schule als ziemlich fähiger Schüler. Keine Kinderkrankheiten bekannt. Patient war eher ein stilles Kind, spielte aber doch mit andern Kindern. Ende 1891 wurde Patient mit einem Stocke auf den Rücken geschlagen, so dass deutliche Schwielen entstanden, am Kopfe wurden keine Verletzungen wahrgenommen. Das Kind zitterte stark vor Angst und Schrecken, und begann krampfhaft zu schluchzen. Es wurde 8 Tage ärztlich behandelt. Patient wurde daraufhin stiller, ass weniger, besuchte aber die Schule wieder bis 6 Wochen vor der Aufnahme in die Anstalt, dann klagte er über Leibschmerzen, hatte keinen Appetit, schlief immer erst gegen Mitternacht ein und erwachte vor Tagesanbruch. Seit vier Wochen hängt der Unterkiefer herab; der Mund kann nur bei passivem Zudrücken oder beim Schlucken vom Patienten geschlossen werden. Dieses Symptom wiederholte sich oft hundert mal an einem Tage. Gleichzeitig traten an den Händen Kontraktionszustände auf: die Finger waren oft längere Zeit krampfhaft flektiert. Patient stellte sich bisweilen auf den Kopf. Er wurde seit etwa 14 Tagen gegen Abend sehr erregt, schimpfte, fluchte, schlug um sich, biss, redete alle Leute per „Du“ an, verlangte Geld, folgte den Eltern nicht mehr; fremden Personen gegenüber benahm er sich etwas besser. Bekam seit dem Alter von 1 $\frac{1}{2}$ Jahren täglich Wein oder Bier zu trinken,

isst mit Vorliebe ganz scharfe und saure Speisen. Leidet an Obstipation.

20. Juli 1892. Aufnahme in die Basler Irrenanstalt. Patient schreit beim Abschied von den Angehörigen, lässt sich aber bald durch Münzen etc. beruhigen. Leistet einigen Widerstand beim Eintritt auf die Abteilung. Zeigt gleich einige Male das Symptom des Herabfallens des Unterkiefers mit gleichzeitigen Augenverdrehungen.

21. Juli. Schief bis gegen 4 Uhr, drängte dann fort. Während des Schlafes war der Mund fast immer ganz geschlossen, beim Erwachen wieder Herabfallen des Unterkiefers.

Stat. praes. Für sein Alter mittelgrosser, gracil gebauter Knabe. Muskulatur mässig entwickelt. Haut blass. Innere Organe ohne Besonderes. Herzaktion arhythmisch. Puls 86. Pupillen reagieren prompt. Tremor der Zunge. Der Kopf wird etwas zur Seite gehalten. Extremitäten: Finger nicht mehr in Krallenstellung. Motilität ungestört. Füsse etwas nach einwärts gedreht. Die Symptome der Tetanie treten symmetrisch auf. Patellarreflexe gesteigert. Hautreflexe schwach.

22. Juli. Isst ohne Störung. Spricht langsam. Unterkiefer fällt 30—40 mal in der Stunde herab. Klagt über Magenschmerzen. Hat etwas Heimweh.

24. Juli. Gang noch etwas gespreizt. Kiefer fällt häufig herab. Bewegungen der Arme ungestört. Heitere, bisweilen ausgelassene Stimmung.

25. Juli. Abends im Bett so etwa 20 Minuten lang Krallenstellung der Finger.

26. Juli. Bei einem Spiel wird der Knabe zornig und gereizt, worauf sofort beidseitige Krämpfe der obern Extremitäten auftraten. Er geht mühsam und schwerfällig.

Nach etwa 1 $\frac{1}{2}$ Stunden kehrt die Beweglichkeit zurück. Weigerte sich abends zu Bett zu gehen. Man führte ihn gegen seinen Willen ins Schlafzimmer; die Folge war sofortiges Einsetzen des Kramp fzustandes.

30. Juli. Das Herabhängen des Kiefers tritt noch häufig auf, bei abgelenkter Aufmerksamkeit seltener. Immer noch

Neigung zu Obstipation. Hie und da Klagen über Leibschermerzen.

31. Juli. Heftiger Zornesausbruch, weil ein anderer Wärter, als der von ihm gewünschte, ihn entkleidete. An den Affekt schlossen sich Krampfstände der oben beschriebenen Art an. —

Im weitem bietet die Krankengeschichte nichts besonderes. Die bereits erwähnten Symptome treten in ähnlicher Weise, jedoch auf die Dauer immer seltener auf, was speziell auch von den Zornesausbrüchen zu sagen ist.

Tritt am 17. August aus. Patient arbeitete in den letzten Tagen fleissig; der Gesamtzustand ist entschieden gebessert, jedoch nicht völlig geheilt.

Fall 8. Anna Sch. 15 J. a. Unehelich geboren, lebte bei ihrer Mutter, die einen schlechten Lebenswandel führte und 3 weitere uneheliche Kinder besitzt. Keine Geisteskrankheiten in der Familie. Patient soll keine Kinderkrankheiten gehabt haben. Fünf Monate vor der Aufnahme in die Irrenanstalt kritisierte Patientin den Lebenswandel ihrer Mutter, worauf sie von dieser heftig auf den Kopf geschlagen wurde. Zwei Monate später ging das Kind zur ersten Kommunion. Es habe damals viel geweint und nichts gesprochen. Ueberhaupt sei die Patientin seit jenem Schlag auf den Kopf nicht mehr die gleiche. In der Fabrik, in der sie arbeitete, und ihres Fleisses wegen beliebt war, bemerkte man, dass sie vergesslich wurde, oft lange Zeit starr vor sich hin blickte. Vor 3 Wochen wurde das Kind wiederum von der Mutter geschlagen. Die psychischen Veränderungen wurden darauf hin noch deutlicher, und eine gewisse Unordnung in den Bewegungen, die schon früher beobachtet wurde, trat noch stärker hervor. Appetit gut, hingegen unregelmässige Lebensweise. Patient fürchtet sich sehr vor ihrer Mutter. Menses noch nicht eingetreten.

Tritt am 23. Juni in die hiesige Klinik ein. Freut sich, von ihrer Mutter loszukommen.

Stat. praes. bei der Aufnahme. Körpergrösse dem Alter entsprechend. Schlechter Ernährungszustand, anaemisches Aussehen. An der Stirne eine Zweifrankenstück grosse dunkel gerötete Stelle, die sehr schmerzhaft ist. Beim ersten Anblick fallen sofort die unregelmässigen, jedenfalls unwillkürlichen Bewegungen sowohl der Gesichtsmuskeln, als der obern Extremitäten auf. Pulsfrequenz 92. Pupillen gleich weit, reagieren prompt. Gang etwas schwankend. Patient spricht zuerst deutlich, mitten im Satze bleibt sie stecken, kann trotz ersichtlichen Bestrebens nicht weiter sprechen. Klagt über heftige Kopfschmerzen, über Schwindel, am meisten aber über ein fortwährendes Angstgefühl. Schwere Besinnlichkeit, geringe Aufmerksamkeit, langsame Sprache. Rascher Stimmungswechsel, vom Heiteren zum Weinerlichen und Aengstlichen. Beim Sprechen erfolgen Mitbewegungen nicht nur im Gesicht und Kopf, sondern auch an der gesamten Körpermuskulatur. Häufig gelingt es nur mit der grössten Anstrengung, ein Wort hervorzubringen.

24. Juni. Gut geschlafen. Bald lacht Patientin, bald runzelt sie die Stirne, ohne ersichtlichen Grund streckt sie plötzlich die Zunge heraus. Blick stechend und lebhaft, geht von einem Gegenstand zum andern; plötzlich fixiert sie den Blick, dabei ist ihr Gesichtsausdruck bald heiter, bald erschreckt.

25. Juni. Unruhige Nacht. Klagen über Stirnkopfschmerzen. Tagsüber ruhig. Kann besser sprechen, arbeitet fleissig.

27. Juni. Klagen über Schmerzen im Nacken, ferner Schluckbeschwerden. Spricht langsam und sehr leise.

1. Juli. Sprechen geht leichter von statten, macht fast gar keine Mitbewegungen mehr. Schluckt wieder leicht. Stimmung gleichmässig, im ganzen apathisch.

6. Juli. Freut sich stets auf die ärztliche Visite, ist indessen in Reden und Bewegungen lebhafter, wenn sie sich unbemerkt glaubt.

9. Juli. Arbeitet nicht mehr, antwortet weniger, bringt allerlei übertriebene Beschwerden vor, macht sich auffällig.

16. Juli. Keine Klagen mehr, gibt aber zu Beschwerden Anlass durch ihr ausgelassenes Benehmen. Stets guter Appetit.

25. Juli. Seit dem 20. Juli ist Patientin wieder still und zurückgezogen, spricht nur mit grosser Mühe. Stimme heiser. Viele Mitbewegungen beim Sprechen. Der Kopf dreht sich nach beiden Seiten, Rumpf und Arme bewegen sich wie automatisch. Ausdrucksloser Blick, erzählt kaum verständlich von Visionen, will jedoch keine Angst haben.

29. Juli. Leichte Besserung. Gesicht gerötet, Stirnhaut wie infiltriert, geschwellt. Das Kind spricht öfters noch von Gesichtserscheinungen. Mitbewegung beim Sprechen geringer, nimmt jedoch oft gezwungene Stellung ein; ist sehr still.

7. August. Sehr gut aufgelegt, jodelt laut. Ist fleissig und antwortet mit deutlicher Stimme.

17. August. Wird heute entlassen. Stimmung sehr wechselnd. Suchte immer noch bald durch lautes Sprechen, bald durch Zudringlichkeit die Aufmerksamkeit der Aerzte zu erregen.

Ausserhalb der Anstalt weitere Besserung durch gute Erziehung fern von der Mutter, wird aber bald phthisisch.

Epierise: Die beiden letzten Fälle sind traumatischen Ursprungs. Bei dem Mädchen war durch trostlose Familienverhältnisse, bei dem Knaben durch einen seit frühester Jugend bestehenden regelmässigen Alkoholgenuss ein günstiger Boden für die nervöse Erkrankung geschaffen.

In beiden Fällen bestand das Vorläuferstadium in dem Gefühl von Abgeschlagenheit, in Vergesslichkeit, Arbeitsunfähigkeit, stillem, zurückgezogenem Wesen.

Bei dem Knaben vollzog sich der Fortschritt zur Krankheitshöhe langsamer als bei dem Mädchen; bei letzterem bildet ein zweites Trauma das eigentlich auslösende Moment.

Die vollentwickelten Krankheitsbilder der traumatischen Neurose stimmen auch insofern überein, als beide ausge-

sprochen hysterisches Gepräge tragen. *Bruns* erwähnt, dass im Kindesalter die traumatische Neurose eigentlich nur in Form der Hysterie auftritt. Endlich haben wir noch eine letzte Uebereinstimmung: das Auftreten schwerer psychischer Störung: bei dem Knaben in Form von heftiger Erregung, bei dem Mädchen in Form von visionären Zuständen.

Bei dem Mädchen sind die hysterischen Symptome so klar, dass sie einer Besprechung nicht bedürfen: wir fanden starken Stimmungswechsel, ausgelassenes, ungezogenes Benehmen, die Sucht aufzufallen, Klagen über Angst mit lächelndem Gesichtsausdruck, endlich die Bewegungsstörungen; die Behinderung der Sprache ist vielleicht der speziell somatische Ausdruck des als starke Autosuggestion unbewusst fortwirkenden psychischen Shocks nach jenen Auftritten mit der Mutter.

Bei dem Knaben beobachten wir Reizbarkeit, Zornmütigkeit, Eigensinn, geringe Ausdauer bei der Arbeit, anfangs abwechselnde Appetitlosigkeit und Heisshunger, sodann angeblich Abnahme des Gehörs. Die Kieferkrämpfe charakterisieren sich dadurch als hysterisch, dass der Mund durch einfache direkte Willensanstrengung nicht geschlossen werden konnte, diese Bewegung dagegen beim Schlucken, also bei einer mehr reflektorisch oder indirekt ausgelösten Innervation, sowie auf suggestivem Wege zu erzielen war.

Ein bemerkenswertes Symptom bilden noch die eigenartigen Krämpfe der obern Extremitäten. Beim ersten Anblick konnte man an Tetanie denken, zumal wir in chronischen Darmstörungen — Obstipation und häufige Leibscherzen — ein ätiologischer Moment für diese Krankheit besäßen. Allein das prompte Einsetzen der Krämpfe nach einer vorangegangenen Erregung, ohne Prodromalstadium, wie wir es bei der Hysterie meist finden, sodann das Fehlen jeglicher Schmerzen entscheiden für die Diagnose Hysterie.

Ueberdies sind die in der Krankengeschichte beschriebenen Stellungen keineswegs die für Tetanie typischen. —

Fall 9. *Melancholie. Heilung.*

Marie S. 13 J. a. Grossvater und Onkel von Vaters Seite geisteskrank gestorben. Ein 5-jähriges Schwesterchen treibt Masturbation. Die Geburt der Patientin ging normal von statten. In den ersten Lebensjahren wurde an unserer Kranken weder in körperlicher noch in geistiger Hinsicht etwas Anormales beobachtet. Bereits im vierten Jahre Masturbation. In der Schule lernte Patientin ordentlich. Keine Kinderkrankheiten. 12 Jahre alt, machte sie eine sechswöchentliche Krankheit durch, während der sie viel sang und überhaupt geistig erregt war. Sechs Wochen vor dem Eintritt in die Anstalt verlor Patientin die Lust zur Arbeit, jammerte, sie sei verdammt und werde nicht selig. Lief viel umher, schlief schlecht.

Status beim Eintritt in die Anstalt: die Kranke ist für ihr Alter klein, schwach gebaut, wenig gut ernährt. Pupillen weit; Blick eigentümlich starr. Innere Organe ohne pathologischen Befund.

Sie ist abwechselnd bald sehr unruhig, bald starr und in sich versunken, dann bricht sie wieder in lautes Schluchzen und Weinen aus. Sie bejammert ihr unglückliches Geschick, spricht von schweren Verfolgungen, die sie und ihre Angehörigen betroffen haben und noch betreffen werden.

Während der ersten Tage ihres Anstaltsaufenthaltes war der Zustand der Patientin im ganzen immer der gleiche. Die Kranke war in sich gekehrt, nur wenn anhaltend auf sie eingewirkt wurde, so reagierte sie in Worten und Taten oppositionell. In der zweiten Woche zeigte Patientin grosse Unruhe, ängstliche Erregung und Verwirrtheit. Sie war bei Tag und Nacht unrein. Excessive Masturbation.

In der vierten Woche werden die Krankheitssymptome von Tag zu Tag schwächer. Masturbirte nur selten.

Nach zweimonatlichem Anstaltsaufenthalt konnte Patientin als geheilt entlassen werden. —

Wir haben hier eine der nach *Emminghaus* im Kindesalter selteneren Form der Melancholie, in der sich neben der Angst auch ausgeprägte Wahnvorstellungen finden.

Um Wahnideen pessimistischer Natur zu produzieren, bedarf es schon einiger Lebenserfahrung, die sich bei unserer Kranken normalerweise noch nicht finden konnte, die jedoch das Mädchen durch auffallende Frühreife zu erwerben imstande war. Dass eine solche vorhanden war, beweist die schon im vierten Lebensjahr auftretende Masturbation.

Man könnte erwarten, dass die depressiven Wahnvorstellungen sich in Form von Versündigungsideen äusserten, die sich auf das sexuelle Gebiet beziehen, wie es bei der Melancholia masturbatoria zu sein pflegt, aber das interlektuelle Gewissen scheint noch nicht genug entwickelt gewesen zu sein, um diese speziellen Vorstellungen auftauchen zu lassen, so dass nur die erwähnten allgemeineren, also dürftigeren depressiven Wahnideen produziert zu werden vermochten.

Ähnliches lässt sich wohl auch von den Verfolgungsideen sagen.

Fall 10. *Idiotie. Maniakalische Erregung.*

Paul M. 4 J. a. Schwester des Vaters chronisch geisteskrank. Vater etwas nervös, Mutter litt mehrere Jahre an Malaria; war während der Gravidität körperlich gesund, dagegen hatte sie während dieser Zeit viele gemütliche Aufregungen. Geburt des Patienten normal. Wurde 5 Monate lang gestillt, soll bis dahin vollständig normal gewesen sein. Nach der Entwöhnung wurde das Kind zuerst etwas schwächlich, litt viel an Verstopfung. Die Zähne kamen etwas später wie normal, lernte mit $1\frac{3}{4}$ Jahren laufen. Lernte niemals sprechen. Von jeher fielen an ihm auf motorische Unruhe, mangelnde Aufmerksamkeit. Mit ca. 2 Jahren, vielleicht im Anschluss an einen verdorbenen Magen, trat zum ersten Mal ein Krampfanfall auf, der mit völliger Bewusstlosigkeit, Zuckungen der gesamten Muskulatur, keuchender Atmung und Erbrechen einherging. Der Anfall dauerte ca. 20 Minuten. Solche Anfälle wiederholten sich von da an in Pausen von einigen Monaten und zwar oft vor dem Ausbruch einer stärkern Bronchitis.

Im Winter 1900 waren die Anfälle häufiger. Seit April 1901 sistierten sie gänzlich. In der geistigen Entwicklung blieb das Kind von vornherein zurück. Aeussern Eindrücken gegenüber blieb es reaktionslos, nur die Musik machte Eindruck auf dasselbe; war bei Erregungszuständen durch Klavierspielen zu beruhigen. Wurde am 13. Dezember 1901 der Anstalt überführt, da der Kleine wegen seines ungestümen Bewegungsdranges und seiner Zerstörungssucht nicht mehr zu bändigen war. Bei der Aufnahme stärkste motorische Erregung, läuft im Aufnahmezimmer von einem Stuhl zum andern und kann vom Wärter nur mit Mühe auf die Abteilung gebracht werden.

Stat. praes. Körpergrösse dem Alter entsprechend. Gesunde Gesichtsfarbe, unruhiger, begehrllicher Blick; guter Ernährungszustand; keine Degenerationszeichen. Auscultation der Lunge unmöglich; das Kind hustet viel. Patellarreflexe normal, Motilität und Sensibilität, soweit sie geprüft werden können, intakt. Hochgradige motorische Unruhe; singt zuweilen vor sich hin, reagiert nicht auf Anreden, jedoch sehr lebhaft auf metallische Klänge. Kaut an seinen Fingern herum. Steckt Sachen, die es bekommt, in den Mund, wirft sie dann fort, wie ein einjähriges Kind.

April 1902. Stets motorisch sehr aufgeregt. Morgens muss eine Wartperson am Bette des Patienten bleiben, da er sonst infolge seines Tanzens und Springens im Bett gefahr-läuft, auf den Boden zu fallen (was auch einmal in einem unbewachten Augenblick geschah). Oft lautes, monotones, sehr störendes Schreien.

Juli 1902. Im Laufe der Monate liess der anfänglich ungestüme Bewegungsdrang entschieden nach, Patient stört weniger auf der Abteilung. Kann das Wort „Bubi“ sagen, mit dem man ihn, wenn auch stets ohne den gewünschten Erfolg, ruft; ferner kann er das Wort „adieu“ aussprechen, singt oft vor sich hin, ziemlich melodiös, jedoch keine Melodien. Kann durch Klatschen in die Hände „bitte“ sagen. Kennt Personen, die ihm Süßigkeiten mitbringen, läuft denselben entgegen,

äussert aber keine Dankbarkeit. Fällt ein Stückchen Zucker zur Erde, so ist er nicht imstande dasselbe aufzusuchen; nur was ihm direkt in die Hände gegeben wird, versteht er zu verwerten. Zum Gehorsam scheint der Kranke nicht zu erziehen sein; stellt man ihn von einem Platz noch so oft beiseite, so kommt er doch immer wieder zu derselben Stelle zurück. Ist völlig von blinder Triebhaftigkeit beherrscht. Lässt man ihn mit der Nahrung allein, so stopft er sie in den Mund, bis derselbe voll ist, aber an Kauen denkt er nicht. Flüssige Sachen schüttet er in den Mund, schluckt jedoch nicht gleichzeitig, so dass ihm die Flüssigkeit über Gesicht und Rock herabläuft. Muss deshalb stets beaufsichtigt werden und nimmt dann reichlich Nahrung auf. Sehr oft unrein. Man kann Patient eine Stunde auf den Nachtstuhl setzen, eine Minute später verunreinigt er den Boden oder setzt sich auf eine Bank und verunreinigt diese. An Spielsachen verschiedener Art findet der Kranke keinen Gefallen, nur Schlüssel machen ihm Freude, diese sucht er dem Arzte und den Wärtern sogar aus der Tasche zu nehmen. Um das Kind zu beruhigen, bindet ein Wärter einen Schlüsselbund an einen Baum, Patient bleibt dann am Platze bis die Schlüssel weggenommen werden.

August 1902. In der letzten Zeit ist das Kind ganz bedeutend ruhiger, als während seines ganzen bisherigen Aufenthaltes. Ist viel folgsamer, geht auf Geheiss zu Bett, kommt, wenn man es ruft. Erwähnt sei noch, dass das monotone laute Schreien in den letzten Wochen nie mehr gehört worden ist. —

Aus der Krankengeschichte erhellt zur Genüge, dass wir einen Fall von Idiotie mittleren Grades vor uns haben und zwar der erethischen Form dieser Krankheit. Bemerkenswert ist die gute körperliche Entwicklung des Kindes, die nach *Kraepelin* gerade bei dieser Form des angeborenen Idiotismus beobachtet wird — indessen verbunden mit kindlichem, schlankem Gliederbau — eine Eigentümlichkeit, die wohl erst im fortgeschritteneren Alter zur Anschauung kommen würde.

Der Exaltationszustand, der zur Aufnahme in die Anstalt führte, trägt manischen Charakter. Seine Entwicklung war eine allmähliche, sowie auch sein Abklingen.

Fall 11. *Akute alkoholische Psychose.*

Heinrich Z. 12 J. a. Eintritt in die Anstalt am 16. Oktober 1899. Schwester der Grossmutter, mütterlichseits, war geisteskrank. Vater des Patienten starb am 6. Oktober 1899 an Phthisis pulmonum, 2 Geschwister starben in frühester Jugend; beide sollen lungenleidend gewesen sein. Mutter und zwei jüngere Geschwister sind gesund.

Die Geburt verlief normal. Von Kinderkrankheiten machte Patient Keuchhusten, Masern und Diphtherie durch.

Es wurde bis zum Tode seines Vaters nie etwas Auffallendes an dem Knaben bemerkt; bald darauf fiel sein apathisches Wesen auf. Er behauptete wiederholt, man habe seinen Vater scheinot begraben.

Der Kranke kam heute nachmittag mit stark gerötetem Kopfe in die Schule, stellte sich vor den Lehrer hin, starrte ihn lange an. Darüber befragt, gab Patient konfuse Antworten: „man wolle ihn ins Zuchthaus führen“ etc., machte den Versuch zum Fenster hinaus zu springen. War vollständig desorientiert. Der herbeigeholte Arzt ordnete die Ueberführung in die Anstalt an. Patient kennt die ihn begleitende Mutter nicht; nennt sie mit fremdem Namen. Gibt an, er sei 23 Jahre alt, Elektrotechniker und verdiene 20 Fr. pro Tag.

Stat. praes. Körpergrösse unter dem Mittel. Auffallend blasse Gesichtsfarbe. Geringe Pupillendifferenz. Reaktion auf Licht und Accommodation prompt. Herz und Lungen ohne Besonderes. Puls 120. Sämtliche Reflexe beiderseits gleich lebhaft. Urin ohne Albumen.

17. Oktober 1899. Ist heute vollständig orientiert. Nach den Vorfällen des gestrigen Tages befragt, erzählt der Knabe, er habe beim Essen zwei Gläser Wein und einen Becher Bier hinuntergestürzt; unmittelbar darauf sei er in die Schule ge-

rannt und habe dabei heftiges Herzklopfen verspürt. — Für alles was sich nachher zugetragen bis zum Momente des Abschiedes von seiner Mutter hat Patient keine Erinnerung.

23. Oktober 1899. Geheilt entlassen.

Fall 12. *Epilepsie? Impulsives Irresein.*

Felix B. 11 J. a. Vater, Lehrer, starb an Phthisis pulmonum. Mutter ebenfalls phthisisch. Vater der Mutter starb durch Suicidium, deren Mutter litt an Migraine. Patient hat eine normale Schwester. Ueber Geburt und erste Entwicklung ist nichts bekannt. Das Kind erhielt eine sorgfältige Erziehung im elterlichen Hause.

In der Schule lernte es gut, nur das Kopfrechnen fiel ihm schwer.

Das Gemütsleben zeigte von jeher auffallende Störungen; das Kind leidet an unsinnigen Erregungszuständen „gebärdet sich oft wie ein wildes Tier“, soll hauptsächlich nachts oft motorisch sehr erregt sein; rennt im Zimmer umher, weckt durch sein Geschrei die ganze Nachbarschaft.

Von dem 4. Lebensjahr an war Patient kleptomanisch; er stiehlt alles Mögliche und sucht es zu verkaufen. Den Erlös versteckt er. Das Kind weiss nicht, warum es sich, trotz Einsicht und Ermahnungen, immer wieder fremde Gegenstände anzueignen sucht, es stiehlt, weil „es muss“. —

Nachts ist Patient oft unrein.

Stat. Praes. Grosser Schädel, platter Hinterkopf. Blick und Physiognomie starr, stupid. Schlechte Zahnstellung.

Fall 13. *Melancholische Verstimmung. Kleptomanie.*

Barbara R. 14 J. a. Sehr schwächliches, ausserordentlich geborenes Kind. Wurde bei fremden Leuten erzogen, bei denen viel Unfrieden herrschte. Sehr mangelhafte Erziehung. Leidet in letzter Zeit an melancholischer Verstimmung; droht öfters mit Selbstmord. Stiehlt Esswaren, Kleider etc. wirft das Gestohlene weg.

Fall 14. *Konstitutionelle Psychose. Hysterie.*

Marie S. 12 J. a. Vater gestorben an Paralyse; Mutter von abnormer psychischer Konstitution. Mutter des Vaters und ein Bruder derselben waren geisteskrank. Patient hat 5 Geschwister, die sämtliche Symptome geistiger Störung aufweisen. Der älteste Bruder starb durch Suicidium; die älteste Schwester leidet an Migraine und periodischer melancholischer Verstimmung. Der zweite Bruder zeigte mit 12 Jahren Symptome religiösen Wahnsinns. Die 13jährige Schwester ist moralisch defekt, kleptomanisch. — Während der Gravidität und Geburt soll die Mutter unter „schweren Gemütsbewegungen“ gelitten haben. Bis zum 4. Lebensjahre wurde an der Patientin nichts Auffallendes bemerkt. Von da an stiess die Kleine oft mitten im fröhlichen Spiele plötzlich einen lauten Schrei aus; als Ursache gab sie meistens Kopf- und Magenweh an. In der Schule zeigte Patientin schlechtes Auffassungsvermögen und große Vergeßlichkeit. Stiehlt und wirft das Gestohlene weg (z. B. nahm sie, kurz vor dem Eintritt in die Anstalt, sämtlichen Mitschülern die Hüte weg und warf sie in den Abort).

Litt seit dem 4. Jahre öfters an vorübergehenden deliriösen Zuständen, an schmerzhaften Gelenkschwellungen, Appetitlosigkeit und Verdauungsbeschwerden.

Status bei der Aufnahme in die Anstalt. Körpergrösse über dem Mittel. Sehr reduzierter Ernährungszustand. Herz und Lungen ohne Besonderes. Abdomen stark aufgetrieben. Patientin gibt auf Fragen ordentlich Bescheid; klagt über Schmerzen in der Brust und über „ein Gefühl im Kopfe, als ob Maikäfer darin wären“. Während ihres 14 monatlichen Aufenthaltes in der Anstalt war der Zustand der Kranken ein sehr wechselnder.

Grosse Schwankungen in der Stimmung; bald war Patientin ausgelassen heiter, lachte unmotiviert, bald hochgradig gereizt, trotzig. Oft sprach sie tagelang in affektiertem Schriftdeutsch, dann zeigte sie wieder natürlich kindliches Benehmen. Acusserte häufig hypochondrische Beschwerden.

Abwechslungsweise traten Krampf- und Lähmungserscheinungen an den obern und untern Extremitäten auf. Allgemeine Hyperaesthesien der Haut mit wechselnder Lokalisation. Ferner wurden Bewusstseinsstörungen, Hallucinationen des Gesichts und des Gehörs beobachtet. Bei der Entlassung zeigte Patientin ein ruhiges, geordnetes Benehmen; zu Hause wurde die Situation nicht wesentlich anders, immer wieder machten sich Krankheitssymptome geltend, ohne dass jedoch eine Störung im Zusammenleben mit den Angehörigen eingetreten wäre. Erst im 15. Jahr mit Eintritt der Menses kam es zu einer heftigen Exacerbation, die eine abermalige Verbringung in die Anstalt notwendig machte. Die Krankheit entwickelte sich langsam zu einer hallucinatorischen Paranoia. — Patientin starb, 26 Jahre alt, an Phthisis pulmonum.

Fall 15. *Moral insanity. Epileptische Psychose.*

Fritz R. unehelich geboren. Vater Potator, Vater der Mutter ebenfalls Alkoholiker; Bruder der Mutter epileptisch. Patient war von Jugend auf eigensinnig, unfolgsam, durch keine Strafe zu beeinflussen. Mit 7 Jahren entwendete er in der Schule alle möglichen Gegenstände und brachte sie nach Hause. Lernte wenig, obgleich er leicht auffasste. Wurde im neunten Jahre einer Rettungsanstalt übergeben. Im 11. Lebensjahr traten zum ersten Mal epileptische Anfälle auf. Mit 14 1/2 Jahren wurde Patient wegen Diebstahl und Brandstiftungsversuch zu einem Jahr Strafanstalt verurteilt. Nach Ablauf der Strafzeit wurde der Kranke einem Schreiner in die Lehre gegeben, musste aber, da er täglich einen oder mehrere heftige Anfälle hatte, von der Mutter nach Hause genommen werden und bald darauf im Status epilepticus der Anstalt übergeben werden.

Hier zeigte der Kranke den typischen epileptischen Charakter, sowie wiederholt intercurrierende epileptische Psychosen.

In den letzten 4 Fällen finden wir die Symptome schwerer geistiger Entartung; eines derselben ist die Kleptomanie, die nur wegen ihrer socialen Bedeutung besonderes Interesse beansprucht.

Die Kleptomanie ist eine Form des impulsiven Irreseins; Fall 14 zeigt noch ein weiteres Symptom dieser Krankheitsform, nämlich den Drang, die gestohlenen Gegenstände zu vernichten.

Es wurde mir zum Schluss ein Fall von Kretinismus überwiesen, der hier noch Platz finden möge.

Fall 16. Marie Wilhelmina B., geb. 1869 in Basel. Die Kranke war seit 1889 in der Anstalt Königsfelden und wurde 1898 in die Basler Anstalt überführt. Mitteilungen aus Königsfelden und die Beobachtung hier ergaben folgendes:

Der Vater der Kranken starb an Carcinom, war akut geisteskrank, starb in der Irrenanstalt Königsfelden. Eltern nicht blutsverwandt. Eine Schwester der Patientin ist in geringerem Grade kretinisch degeneriert und befindet sich ebenfalls in der Basler Irrenanstalt.

Unsere Patientin blieb von Geburt an in der Entwicklung zurück, machte jedoch keine schweren körperlichen Erkrankungen durch. Sie war gänzlich bildungsunfähig. Eintritt der Menses im 19. Lebensjahr; dieselben waren immer ziemlich regelmässig. Der Schädel ist asymmetrisch, hydrocephalisch, die Stirne niedrig, die Nasenwurzel eingezogen. Die Ohr läppchen sind angewachsen, verlieren sich nach unten in Form einer Falte. Auf der rechten Cornea befindet sich ein Leucom; die Zahnbildung ist mangelhaft. Die Haut des Gesichts und der Hände ist abnorm leicht abhebbar, myxoedematös. Die Schilddrüse kann palpatorisch kaum aufgefunden werden, nur links ist eine Spur derselben fühlbar. Der Hals fällt durch seine Kürze auf. Kontrakturen der Knie- und Fussgelenke, Füße in Equino-varus-Stellung. Infolge dessen ist Patientin unfähig zu gehen oder zu stehen; sie muss getragen werden. Die Finger sind meistens kontrahiert. Nur zeitweise werden zwecklose Greifbewegungen ausgeführt; auch selbständiges Essen ist unmöglich; Patientin muss stets gefüttert werden. Sie ist unrein bei Tag und Nacht. Die Sprache fehlt völlig; oft stösst Patientin weithin hörbare, eigentümliche Laute aus, die je nach ihrem Ton bald auf

Lust-, bald auf Unlustgefühle schliessen lassen. Vorgehaltene Gegenstände fixiert die Kranke nur ganz kurze Zeit; bisweilen gelingt es, wenn man sich mit ihr abgibt, ein Lächeln auszulösen. Die Sinnestätigkeiten sind mit Ausnahme des Gehörs vorhanden. Die Prüfung des Geschmacks mit Salz und Zucker ergibt ein deutliches positives Resultat. Das Vorstellungsleben scheint dagegen gänzlich zu fehlen, ein Fortschreiten von der Perception zur Apperception scheint nicht stattzufinden. Die Kranke repräsentiert die niedrigste Stufe geistiger Entwicklung.

Patientin starb am 11. September 1900. Als Todesursache ergab sich Lungen- und Darmtuberkulose.

Das Protokoll über die Hirnsektion (von Herrn Professor Wille) lautet folgendermassen:

„Dura mit dem Schädeldach in grosser Ausdehnung verwachsen. Schädeldach schwer, sklerosiert. Nähte zeigen keine abnormen Verwachsungen. Die Konfiguration des Gehirns erscheint in den Hauptwindungscentren links durchaus den gewöhnlichen Verhältnissen entsprechend, während rechts die Differenzierung der einzelnen Windungsgebiete, besonders im Gebiet der Centralwindung, weniger deutlich zum Ausdruck kommt. Aber auch bezüglich der übrigen Windungen (Frontal- und Parietalgegend) macht sich dieses Verhältnis geltend, wie denn auch rechterseits die Fissurae Rolandi und occipitales nicht die Ausbildung zeigen wie linkerseits. Seitenventrikel beiderseits stark erweitert, überwiegend stark der linke. Vierter Ventrikel ebenfalls stark erweitert.

Im übrigen kein pathologischer Befund im Gehirn.

Von der Schilddrüse war die eine Hälfte verkleinert, die andere colloid entartet.

Aus obigen Schilderungen ergibt sich ohne weiteres die Diagnose des Kretinismus. Die körperlichen Symptome liefern das differentialdiagnostische Merkmal gegenüber blosser hochgradiger Idiotie (Fall 10); diese sind die eingezogene Nasenwurzel, die niedrige Stirn, der kurze Hals, sowie die Beschaffenheit der Haut.

Ueber die Schädelbeschaffenheit erfahren wir, derselbe sei „hydrocephalisch“ gewesen; da es im Sektionsprotokoll nur heisst: „das Schädeldach sei „sclerosiert“, sonst aber über abnorme Schädelbildung nichts verlautet, so fehlten sicherlich die bei dem *endemischen Kretinismus* sich findenden Erscheinungen: die Verkürzung und Verkrümmung der Schädelbasis (*Virchow*). Dass die Nähte gut erhalten waren, wird ausdrücklich erwähnt. *Ewald* führt das Fehlen anormaler Schädelbildung als diagnostischen Gesichtspunkt bei dem sporadischen Kretinismus dem endemischen gegenüber an. — Ueber die Beschaffenheit des übrigen Skeletts, das bei Kretinen besondere Eigentümlichkeiten darbietet — besonders im Längswachstum — finden wir in der Krankengeschichte keine Notiz. Ueber die Haut vernehmen wir, dass dieselbe „abnorm leicht abhebbar, myxödematös“ gewesen ist.

Im Gegensatz zum epidemischen Kretinismus ist nach *Ewald* die schleimige oder myxödematöse Hautbeschaffenheit beim sporadischen Kretinismus besonders ausgesprochen, jedoch ist dies Verhalten zur Diagnose des letzteren nicht unbedingt notwendig. — Auf psychischem Gebiet besteht tiefster Blödsinn. Genügen die erwähnten körperlichen Symptome, um eine Abgrenzung unseres Krankheitsbildes von dem der einfachen Idiotie zu gestatten, so ist die Unterscheidung zwischen endemischem und sporadischem Kretinismus nicht mit Sicherheit möglich.

Dass eine Schwester der Kranken ebenfalls kretinisch degeneriert ist, könnte für den endemischen Charakter sprechen, indessen gehört Basel nicht zu den Gegenden, in denen diese Erkrankung grassiert, und es ist wohl denkbar, dass in derselben Familie zwei Fälle von sporadischem Kretinismus vorkommen. Wir halten diese letztere Diagnose für die wahrscheinliche. Wir wiesen bereits darauf hin, dass die Haut ausgesprochen myxödematös verändert war, dass das Schädeldach nicht eigentlich die dem endemischen Kretinismus eigentümliche Veränderung aufwies.

Von Bedeutung ist vielleicht auch der Tod der Kranken in verhältnismässig frühem Alter (31 Jahre), während der „geborene Kretin“ 50—60 Jahre alt werden kann. Der sporadische Kretinismus trägt den Charakter einer accidentiellen Konstitutionskrankheit, die den Organismus fortgesetzt schädigt und die Widerstandskraft derselben gegenüber krankmachenden Einflüssen herabsetzt.

Der sporadische Kretinismus wird auch als infantiles Myxoedem bezeichnet. Die Krankheit unterscheidet sich von dem Myxoedem Erwachsener nur durch das Lebensalter der Erkrankten; beide „sind lediglich bedingt durch eine gelegentliche Erkrankung der Schilddrüse, sie stellen so zu sagen subakute Ausfallerscheinungen dar.“ „Der endemische Kretinismus dagegen stellt einen Zustand physischer und intellektueller chronischer Degeneration dar, der abhängig ist von lokalen Ursachen und einer durch sie herbeigeführten Degeneration der Schilddrüse. Indem sich die letztere unter dem Einflusse der ersteren ausbildet, hat sie eine besonders typische Krankheitsform zur Folge, die als Resultante beider eben genannter Faktoren anzusehen ist.“ (Ewald.)

Wir erwähnen noch, dass das Vorhandensein einer Partie unversehrter Schilddrüse nicht gegen unsere Diagnose spricht; es ist dieses kein ungewöhnlicher Befund; vielleicht liegt in solchen Fällen eine funktionelle Erkrankung des Drüsengewebes vor, das pathologisch anatomisch nicht nachweisbar ist.

Der Sektionsbefund bei Kretinismus ist wenig typisch. In unserm Fall entspricht es den bei Idiotie anzutreffenden Veränderungen. Wir können also annehmen, dass wir eine kombinierte Erkrankung vor uns haben: Idiotie, zu dem sich das infantile Myxoedem hinzu gesellte.

Allgemeines.

Nach *Ziehen* teilen wir die Kinderpsychosen ein in solche mit und in solche ohne Intelligenzdefekt. Bei den ersteren, den organischen, unterscheidet derselbe Autor angeborene und erworbene Defektpsychosen. Zu den angeborenen gehören Fall 1, 10 und 16. Erworbene Defektpsychosen fehlen uns. Die übrigen 12 Fälle sind der II. Gruppe, den funktionellen Psychosen, einzureihen. — Was die spezielle Diagnose angeht, so ist die Verteilung folgende:

	männl.	weibl.	
Delirium alcoholicum	1		(Fall 11)
Melancholie		1	(„ 9)
Verwirrtheit	1	2	(„ 4, 5, 6)
Hysterie	1	1	(„ 7, 8)
Epilepsie	2		(„ 2, 3)
Entartungsirresein	2	2	(„ 12, 13, 14, 15)
Angeborene geistige Schwächezustände	2	1	(„ 1, 10, 16)
	9	7	

Die meisten Autoren stimmen jetzt darin überein, dass zwar sämtliche bei den Erwachsenen vorkommenden Psychosen auch bei den Kindern angetroffen werden, dass dagegen die Symptomatologie eine weniger scharf begrenzte, weniger charakteristische ist, als bei den Psychosen Erwachsener. Hervorzuheben ist das häufige Auftreten von motorischen Störungen, die sich vorzugsweise in Kramp fzuständen der verschiedensten Art zu äussern pflegen — eine Beobachtung, die in unsern Krankheitsbildern sich zur Genüge bestätigt findet. *Es gibt keine Kinderpsychose als Krankheit sui generis, sondern nur Psychosen mit den der frühen Altersstufe entsprechenden Eigentümlichkeiten.* Je näher das Kind der Pubertät ist, desto ab-

geschlossener ist das Krankheitsbild. Nach *Griesinger* sind im Kindesalter nächst den verschiedenen Formen psychischer Schwäche, „die maniakalischen Zustände in den allerverschiedensten Abstufungen und Erscheinungsweisen“ am häufigsten; die melancholischen Formen kommen ebenfalls vor, doch seltener. Die „partielle Verrücktheit“ dagegen fehlt, nach *Griesingers* Ansicht vielleicht ganz.

Maudsley sagt, jede Form mit Ausnahme der „allgemeinen Paralyse“ könne im kindlichen Alter vorkommen, da aber die Organisation des Seelenlebens hier noch nicht ihre Vollendung erreicht habe, so zeigten „die Symptome ihrer Entartung einen etwas uniformen Charakter“.

Schüle gibt an, dass nur Defekt- und Entartungszustände im Kindesalter vollständig vertreten seien. Aufregungs- und Depressionszustände würden nur als Phasen erblichem Irreseins oder im Gefolge körperlicher Erkrankungen beobachtet, jedoch sei ihr Verlauf im Gegensatz zu den gleichen Zuständen Erwachsener abgekürzt und fragmentarisch. Verrücktheit und der paralytische Blödsinn fehle vollständig. Beide Zustände, besonders die Verrücktheit, setzten eine vollentwickelte Persönlichkeit voraus. —

Dagegen sind in jüngerer Zeit von *Alzheimer* 42 Fälle von Frühform der allgemeinen progressiven Paralyse beschrieben worden, worunter sich 17 Fälle unter 14 Jahren befinden, in 3 Fällen reichte der Beginn bis in das 9. und 10. Lebensjahr zurück. Die beiden Geschlechter sind gleich stark betroffen.

Wir führen endlich noch *Kraepelin* an: „In der ersten Lebenszeit deckt sich die Psychopathologie fast gänzlich mit der Hirnpathologie; wir haben höchstens triebartige Aufregungszustände als psychische Begleiterscheinungen der Hirnerkrankungen zu verzeichnen. Auch im späteren Kindesalter sind es fast ausschliesslich gemüthliche Schwankungen, ängstliche oder expansive Erregung, wohl meist als erste Vorläufer späterer zirkulärer Erkrankungen, ferner Delirien mit Sinnes-täuschungen und traumhaft verworrenen Wahnbildungen, aus denen sich die eigentlichen Krankheitsbilder zusammensetzen.“ —

Alter und Geschlecht. Unsere sämtlichen Fälle von funktionellen Psychosen gehören der II. Dentition an; Fall 5 und 8 stehen hart an der Grenze der Kindheit. Unsere Zahlen sind natürlich viel zu klein, um daraus weitergehende Schlüsse ziehen zu können, in welcher Altersstufe Kinderpsychosen am häufigsten auftreten, oder ob eine Praedisposition für ein Geschlecht besteht. Wenn auch beim Herannahen der Pubertät die Zahl der infantilen Psychosen ohne Frage erheblich wächst, so dürfen wir doch nicht ausser acht lassen, dass zur Zeit der II. Dentition die geistigen Störungen schon stärker hervortreten als in der ersten Kindheit, dass also Psychosen dieser Altersstufe leichter zu erkennen sind. Es kann daher nicht überraschen, wenn wir in einer Irrenanstalt fast ausschliesslich geisteskrankte Kinder antreffen, die das 10. Lebensjahr bereits überschritten haben.

Aetiologie. Wir finden die wichtigsten ätiologischen Momente, die bei Kinderpsychosen in Betracht kommen, bei unsern Fällen vertreten.

a) Innere Ursachen. Bei 10 Kindern kamen Nerven- und Geisteskrankheiten in der Ascendenz vor (Fall 1, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 12, 14, 15). In drei Fällen bestand bei dem Vater chronischer Alkoholismus (Fall 1, 2, 14).

Bei einem Kinde (Fall 12) starben beide Eltern, bei zwei andern der Vater an Phthisis pulmonum.

Vier der Kinder sind unehelich geboren (Fall 3, 8, 13, 15). Diese Kinder hatten, wie es bei ausserehelicher Geburt häufig vorkommt, unter vernachlässigter Erziehung, schlechtem Beispiel und Entbehrung zu leiden.

b) Aeusserere Ursachen: Als auslösendes Moment haben wir bei zwei Kindern das Trauma, resp. den Schreck, welche das Trauma begleitete (Fall 7, 8), in einem Falle stark betriebene Onanie (Fall 9), in drei Fällen (4, 5, 6) fieberhafte Erkrankungen zu erwähnen, bei Fall 6, 7, 11 bestand frühzeitiger Alkoholmissbrauch.

Prognose. Im Allgemeinen richtet sich die Prognose der Entwicklungshemmungen nach dem Grade der Erziehbarkeit

eines Kindes, die in jedem Falle durch Beobachtung und Versuche festgestellt werden muss.

Ohne körperliche und geistige Pflege sind Idioten in Gefahr, zu Grunde zu gehen, da sie infolge ihrer Hilflosigkeit den mannigfachsten Gefahren ausgesetzt sind.

Die Moral insanity teilt die Prognose der übrigen psychischen Entwicklungshemmungen. — Epileptische Störungen sind prognostisch sehr ungünstig; wenn häufige Krampfanfälle auftreten, so liegt die Gefahr und Wahrscheinlichkeit des Uebergangs in Verblödung vor.

Die im Anschluss an Fieber- oder Erschöpfungszustände auftretenden Psychosen pflegen sich infolge „der unerschöpflichen Spannkraft der kindlichen Konstitution“ (*Kraepelin*) schnell wieder auszugleichen.

Moreau fasst die prognostischen Fragen des Irreseins bei Kindern in Folgendem zusammen: „Ist das Kind, bei welchem ein Irrsinnsanfall zum Ausbruch kommt, fern von jeglicher hereditärer Anlage, so ist die Prognose meist günstig. Steht es im Gegenteil unter dem Einfluss erblicher Belastung, so ist die Prognose schlecht, insbesondere bezüglich der Zukunft.“

Es bleibt mir noch die angenehme Pflicht, meinem hochgeehrten Chef und Lehrer, Herrn Prof. Dr. L. Wille, meinen verbindlichsten Dank auszusprechen für die Anregung zur Arbeit und die gütige Durchsicht derselben, sowie für die freundliche Erlaubnis zur Benützung seiner Privatbibliothek. — Auch Herrn Dr. med. A. Muthmann, I. Assistenzarzt der psychiatrischen Klinik zu Basel, danke ich bestens für die Unterstützung bei der Anfertigung der Arbeit.

Literaturverzeichnis.

- B. A. Morel.** Traité des maladies mentales. Paris. 1860.
Griesinger. Pathologie und Therapie psych. Krankheiten. 1861.
Schüle. Klinische Psychiatrie. 1886.
V. Krafft-Ebing. Lehrbuch der Psychiatrie. 1890.
Sommer. Diagnostik der Geisteskrankheiten. 1894.
Ziehen. Psychiatrie. 1894.
Kraepelin. Psychiatrie. 1899.
Hagen. Statistische Untersuchungen über Geisteskrankheiten. 1876.
W. Preyer. Die Seele des Kindes. 1890.
Sachs. Lehrbuch der Nervenkrankheiten des Kindesalters. 1897.
Emminghaus. Die psychischen Störungen im Kindesalter. 1887.
Moreau. Der Irrsinn im Kindesalter, deutsch v. Galatti. 1889.
Jakobi. Hauptformen der Seelenstörungen I. 1844.
Maudsley. Physiologie und Pathologie der Seele, deutsch von Boehm. 1870.
Ferriani. Minderjährige Verbrecher. 1896.
Sollier. Der Idiot und der Imbecille. 1891.
Scherpf. Zur Aetiologie und Symptomatologie kindlicher Seelenstörungen. Jahrbuch für Kinderheilkunde, XVI. N. F. 1881.
Moritz Infeld. Beiträge zur Kenntnis der Kinderpsychosen. 1902.
Moses. Beiträge zur Kenntnis der Aetiologie und Genese psychischer Störungen im Kindesalter. Dissertation. Strassburg. 1892.
Berkhan. Irresein von Kindern. Vortrag im Korrespondenzblatt der deutschen Gesellschaft für Psychiatrie. 1862.
Fink. Beitrag zur Kenntnis des Jugendirreseins. Allg. Zeitschrift für Psych. XXXVII.
Schönthal. Beitrag zur Kenntnis der im frühen Lebensalter auftretenden Psychosen. Arch. für Psych. XXIII.
Meschede. Ueber Verfolgungswahnsinn im frühen Kindesalter. Allg. Zeitschrift für Psych. XXX.
Kelp. Psychosen im kindlichen Alter. Allg. Zeitschrift für Psych. XXXI.
Westphal. Ueber Zwangsvorstellungen. Arch. für Psych. VIII.

- L. Wille.** Zur Lehre von den Zwangsvorstellungen. Arch. für Psych. XII.
- W. Sander.** Ueber eine spezielle Form der primären Verrücktheit. Arch. für Psych. I.
- L. Meyer.** Gerichtliches Gutachten über eine 12jährige Brandstifterin. Allg. Zeitschrift für Psych. XIV.
- Bruns.** Die traumatischen Neurosen. 1901.
- Soltmann.** Die funktionellen Nervenkrankheiten. Gerhardt, Handbuch der Kinderkrankheiten. V. 1.
- Samt.** Epileptische Irreseinsformen. Arch. für Psych. V.
- Greppin.** Das epileptische Irresein. Dissertation. Basel. 1884.
- Erler.** Hysterisches und hysterisch-epileptisches Irresein. Allg. Zeitschrift für Psych. XXXV.
- Wollenberg.** Chorea. Notnagel: Spezielle Pathologie u. Therapie. XII. 1899.
- L. Meyer.** Chorea und Manie. Arch. für Psych. 1869.
- Arndt.** Chorea und Psychose. Arch. für Psych. 1868.
- Frankl-Hochwart.** Tetanie. Notnagel: Spezielle Pathologie u. Therapie. XI. 1897.
- W. Wille.** Die Psychosen des Pubertätsalters. 1898.
- Ziehen.** Die Geisteskrankheiten des Kindesalters. Sammlung von Abhandlungen aus dem Gebiet der Pädagogischen Psychologie und Physiologie. 1902.
- Alzheimer.** Die Frühform der allgemeinen progressiven Paralyse. Allg. Zeitschrift für Psych. LII.

